



# Allergologische Anamnese

Kinderarztpraxis Dipl. med. Petra Hecht

Wer füllt den Fragebogen aus?      Patient selbst    Eltern    Sonstige

Patient:      Name/Vorname      \_\_\_\_\_

                  Adresse      \_\_\_\_\_

                  Telefon      \_\_\_\_\_

                  Hobbys      \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters:      \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter:      \_\_\_\_\_

Welche Verwandten haben oder hatten allergische Erkrankungen,  
z.B. Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Urikaria, Ekzem?

Vater      \_\_\_\_\_

Mutter      \_\_\_\_\_

Geschwister      \_\_\_\_\_

Andere      \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen zur Untersuchung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alter bei Beschwerdebeginn? \_\_\_\_\_

Wie wirkt sich körperliche Belastung aus? \_\_\_\_\_

Sportbefreiung?      Ja                      Nein

Welche Form der Sportbefreiung? \_\_\_\_\_

Liegen weitere unten aufgeführte Beschwerden vor?

Zutreffendes bitte unterstreichen.

Milchschorf, wechselnde Hautquaddeln, Schwellung im Gesicht

Ekzem, Augentränen, Fließschnupfen, Juckreiz, Heuschnupfen,

Gerötete Bindehaut, Augenjucken, Niesanfalle, Atemnot,

ständige Mundatmung, Verstopfte Nase, Reizhusten,

Neigung zu Erkältungsschnupfen, Bronchitis mit/ohne Atemnot,

Kurzatmigkeit, Husten nur morgens/nachts, rez. Erbrechen

Lungenentzündung, Krupphusten, Mandelentzündung,

Schleimige Durchfälle, Bauchschmerzen

Sonstige Hauterkrankungen \_\_\_\_\_

Wann treten die Beschwerden auf? Zutreffendes bitte unterstreichen.

- Beschwerden bestehen ganzjährig
- Beschwerden bestehen wechselnd, unabhängig der Jahreszeit
- Beschwerden bestehen ganzjährig, in folgenden Monaten besonders stark \_\_\_\_\_
- Beschwerden treten nur in folgenden Monaten auf

Art der Beschwerden (bitte Monate ankreuzen)

\_\_\_\_\_ Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez

\_\_\_\_\_ Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez

\_\_\_\_\_ Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez

\_\_\_\_\_ Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez

Die Beschwerden treten verstärkt zu bestimmten Tageszeiten auf.

Morgens          abends          nachts von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wo verstärken sich die Beschwerden? Zutreffendes bitte unterstreichen.

Wohnung          welcher Raum \_\_\_\_\_  
Dachboden      Keller              Schule              Kindergarten  
Tierstall        Zirkus              Wiesen              Felder  
Wald              Zoo  
Wo sonst \_\_\_\_\_

Werden die Beschwerden durch folgende Faktoren verursacht/  
verstärkt? Zutreffendes bitte unterstreichen.

Hausstaub    Mehlstaub    Heu/Stroh    Waschmittelstaub  
Braten/Kochdunst    Temperaturwechsel    Wetterwechsel  
Kälte    Nebel  
Was sonst \_\_\_\_\_

Bestehen gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder  
Unverträglichkeit? Zutreffendes bitte unterstreichen.

Eier    Nüsse    Milch    Käse    Quark    Erdnuss    Schokolade  
Apfel    Pfirsich    Erdbeeren    Apfelsinen    Zitronen    Tomaten  
Erbsen    Linsen    Bohnen    Fisch    Backwaren    Soja  
Sonstige Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?  
Zutreffendes bitte unterstreichen.

Asthma    Schnupfen    Hautausschlag    Lippen-u Rachenschwellung  
Verstärktes Ekzem    Durchfall    Erbrechen    Bauchschmerzen  
Migräne    andere Beschwerden \_\_\_\_\_

Bestehen Überempfindlichkeiten gegenüber Medikamente?

Welche Medikamente \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden treten dabei auf? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beschaffenheit der Wohnung. Zutreffendes bitte unterstreichen.

Altbau                                    Neubau  
Trocken            feuchtes Mauerwerk    Stockflecken, wo \_\_\_\_\_  
Isoliermaßnahmen    Wasserschäden            enge Bebauung  
Garten dabei    Heizung

In unmittelbarer Umgebung. Zutreffendes bitte unterstreichen.

Fabriken    Felder    Wiesen    Gewässer    Tümpel  
Landwirtschaft    Ställe

Haben oder hatten Sie Haustiere?    Ja    Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sonstiger Kontakt zu Tieren? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie zu Hause, in welchen Wohnräumen?    Ja    Nein

\_\_\_\_\_

Schlafzimmer

Einzelschlafzimmer?            Ja        Nein

Wenn nicht    Doppelstockbett    Hochbett    Einzelbetten

Matratzentyp: Rosthaar    Seegras    Federkern    Schaumstoff  
andere \_\_\_\_\_

Matratzenalter \_\_\_\_\_

Bettdecke und Kopfkissenfüllung:

Federn    Daunen    Wolle    Seide    synth. Material

Stofftiere im Bett?            Ja        Nein

Bodenbelag \_\_\_\_\_

schwere Gardinen            Ja        Nein  
alte    neue    Polstermöbel

Wird der Schlafrum tagsüber benutzt?

Als \_\_\_\_\_

Pflanzen im Schlafzimmer            Ja        Nein

Tiere im Schlafzimmer            Ja        Nein  
   nur gelegentlich            häufig            immer

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt? Wenn ja, welcher?

\_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Lungenfunktionsmessungen?

Wo \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Röntgenaufnahmen?

Wo \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt?

Art	Allergene	von / bis	Erfolg
-----	-----------	-----------	--------

---

---

Welche Medikamente sind gegen die allergischen Beschwerden verwendet wurden?

Medikament	Dosis	von / bis	Erfolg
------------	-------	-----------	--------

---

---

---

Haben Sie bereits bestimmte Dinge abgeschafft?

Bettfedern	Haustiere _____	Matratzen
Tierfelle /Pelzmäntel	Teppiche	schwere Gardinen
Sonstiges _____		

Kuraufenthalte ? (wo, wann, wie lange , Erfolg)

---

---

Naturheilverfahren? Welche? Erfolge?

---

---

Welche weiteren Maßnahmen wurden durchgeführt?

---

---

---

---